

### Stimmenhören: Alltagsphänomen oder psychische Erkrankung?

Gilschwert; Daniela

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Sonstiges / other

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gilschwert; Daniela (2012). *Stimmenhören: Alltagsphänomen oder psychische Erkrankung?* Linz. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-321370>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



# **Stimmenhören**

## **Alltagsphänomen oder psychische Erkrankung**

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts in Social Science

FH Oberösterreich Fakultät für Gesundheit und Soziales Linz

Studiengang: Soziale Arbeit

Eingereicht von

Daniela Gilschwert – S0910561056

Gutachterin: DSA Roswitha Hölzl, MSc

Linz, 22.02.2012

### Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

### Declaration

I hereby declare and confirm that this thesis is entirely the result of my own original work. Where other sources of information have been used, they have been indicated as such and properly acknowledged. I further declare that this or similar work has not been submitted for credit elsewhere.

Daniela Gilschwert

## **Kurzfassung**

Die vorliegende Arbeit soll Helfenden Handlungsstrategien für den Umgang mit stimmenhörenden Menschen aufzeigen. Sie beschäftigt sich mit den Fragen ob Stimmenhören ausschließlich ein Symptom psychischer Erkrankung ist, welche Erklärungen es für das Stimmenhören gibt, welche Behandlungsmethoden für Betroffene hilfreich sind, und welche Konsequenzen sich aus den Erkenntnissen für sozialarbeiterisches Handeln ergeben. Die Arbeit ist eine theoretische Literaturarbeit. Eine Erkenntnis ist, dass Stimmenhören keine Krankheit ist. Es handelt sich vielmehr um eine Erfahrung, die je nach Sichtweise, auf ein dahinterliegendes Problem hindeutet oder als Rat gebende Hilfe gesehen wird. Zahlreiche Erklärungsansätze beschreiben wie unterschiedlich das Phänomen wahrgenommen wird. Es gibt viele hilfreiche Behandlungsansätze, wobei entscheidend ist, mit der Person über die Inhalte der Stimmen zu sprechen, einen Zusammenhang zur Lebensgeschichte herzustellen und somit einen gelingenden Umgang mit den Stimmen zu entwickeln. Das Ziel von Behandlungen sollte nicht sein, die Stimmen loszuwerden, sondern trotz den Stimmen ein selbständiges Leben zu führen. Stimmenhören ist in der Gesellschaft ein stigmatisiertes, tabuisiertes Thema. Professionell Handelnde sind aufgerufen, der Stigmatisierung entgegen zu wirken.

## **Abstract**

This work was written in order to develop strategies for advisors in dealing with people who hear voices. It deals with the questions of whether hearing voices is only a symptom of mental illness, what explanations for voice hearing there are, which treatment methods are useful for those affected, and what consequences are arising from the findings for social work action. It was written as a theoretical literary work. The work has shown that hearing voices is not a disease. Numerous explanations describe how the phenomenon is perceived differently. There are many helpful treatments, determining is to speak with the person about the content of the voices, to relate to life history and thus to discover the underlying problems and work on them. The aim of treatment is not getting rid of the voices, but to find a good deal with them. Hearing voices is stigmatized in society, it is a taboo subject. Professional actors are called upon to counter the stigma.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Was ist Stimmenhören?.....	3
2.1	Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen .....	3
2.2	Vielfalt der Stimmen.....	4
2.3	Stimmenhören und Krankheit .....	4
2.4	Stigmatisierung und Normalisierung .....	6
3	Stimmenhören aus Sicht der Hirnforschung .....	8
3.1	Wahrnehmung .....	8
3.2	Vorgänge im Gehirn während des Stimmenhörens .....	10
4	Erklärungsansätze .....	11
4.1	Psychiatrische Erklärungsansätze .....	12
4.1.1	Dissoziationsstörungen .....	12
4.1.2	Psychosen.....	13
4.2	Psychologische/Therapeutische Erklärungsansätze.....	14
4.2.1	Freuds Theorie des Es, Ich und Über-Ich.....	14
4.2.2	C. G. Jungs Theorie des kollektiven Unbewussten .....	15
4.2.3	Kognitive Psychologie .....	15
4.2.4	Trauer.....	16
4.3	Erklärungen von Betroffenen .....	16
4.4	Mythische Erklärungsansätze .....	17
4.4.1	Mystische Erfahrung und Religion.....	17
4.4.2	Transpersonale Psychologie/spirituelle Erfahrung .....	18
4.4.3	Parapsychologie und Stimmenhören.....	19
5	Umgang mit den Stimmen .....	20
5.1	Erfahrungsfokussierte Beratung .....	20
5.2	Phasen des Stimmenhörens.....	24

5.2.1	Interventionen in der Phase des Erschreckens .....	25
5.2.2	Interventionen in der Organisationsphase.....	26
5.2.3	Interventionen in der Stabilisierungsphase.....	31
5.3	Selbsthilfegruppen .....	31
6	Stimmenhörerbewegung.....	32
7	Konsequenzen für sozialarbeiterisches Handeln .....	34
8	Resümee .....	38

# 1 Einleitung

Während meines Praktikums in einer Wohneinrichtung für psychiatrische Nachsorge bin ich einigen Stimmenhörern begegnet. Das Phänomen Stimmenhören war mir sehr fremd und nur aus dem Psychiatrieunterricht als Symptom der Schizophrenie und anderen psychischen Erkrankungen bekannt. Ich wusste nicht wie damit umgegangen werden soll, wenn Bewohner von ihren Stimmen sprachen. Irgendwo hatte ich gehört, dass es psychotische Symptome verstärkt, wenn über sie gesprochen wird. Stimmt das? Oder darf darüber gesprochen werden, dürfen Fragen gestellt werden? Im Verlauf des Praktikums versuchte ich Informationen zu finden und stieß dabei auf Internetforen von Betroffenen, die über den Ursprung der Stimmen, Behandlung mit Medikamenten und Möglichkeiten mit den Stimmen umzugehen, diskutierten. Das weckte in mir das Interesse, mehr über verschiedene Erklärungsansätze und Ursachen, sowie über Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren. Die Betreuer und Betreuerinnen aus dem Wohnheim habe ich nur oberflächlich nach dem Stimmenhören gefragt. Im Nachhinein vermute ich, dass meine Unsicherheit und die empfundene Tabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit eine Rolle spielten. Das Stimmenhören ist ein Phänomen, welches in unserer Gesellschaft mit Stigmatisierung verbunden ist. Viele Betroffene haben Angst darüber zu sprechen, weil sie nicht für verrückt gehalten werden wollen.

Im weiteren Verlauf der Suche fand sich ein spannender Artikel, der von der Erfahrungsfokussierten Beratung berichtete. In diesem Ansatz geht es darum die Erfahrungen der Betroffenen ernst zu nehmen, als real anzuerkennen und zu einem Austausch über die Stimmen zu ermutigen. Im Zuge der Beratung wird versucht einen Zusammenhang zwischen den Stimmen und der Lebensgeschichte der stimmenhörenden Person herzustellen. Dieser Artikel hat einige Fragen für mich aufgeworfen, welche ich in der vorliegenden Arbeit nun bearbeiten möchte.



Es gibt grundsätzlich zwei verschiedene Haltungen gegenüber dem Stimmenhören. Die erste sieht es als Teil psychischer Krankheit. Hierbei wird nicht über die Inhalte der Erfahrung gesprochen, um das Symptom nicht zu verstärken. Die zweite sieht Stimmenhören als reale Erfahrung von Menschen, die entweder krank oder gesund sein können. Es wird angenommen, Menschen sollten über die Inhalte ihrer Erfahrungen sprechen, um so Strategien für einen besseren Umgang mit den Stimmen zu entwickeln. Das erklärte therapeutische Ziel der ersten Sichtweise ist es die Stimmen loszuwerden. In der zweiten Perspektive geht es darum wie Betroffene gut mit ihnen leben können. Diese Diskrepanz verlangt von helfenden Personen, sich tiefergehender mit der Thematik auseinander zu setzen, um eine Entscheidung für eine dieser Handlungsstrategien fällen zu können.

### **Forschungsfragen**

Die Arbeit ist von folgenden Fragestellungen geleitet:

Ist Stimmenhören ausschließlich ein Symptom psychischer Erkrankung?

Welche Erklärungen und Ursachen gibt es für das Phänomen?

Was ist hilfreich für Betroffene?

Welche Konsequenzen ergeben sich für sozialarbeiterisches Handeln im Umgang mit stimmenhörenden Menschen?

### **Methode der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ist eine theoretische Literaturarbeit. Sie beruht auf der Sammlung, der kritischen Auswertung sowie der übersichtlichen und korrekten Darstellung von Fachliteratur aus Büchern, wissenschaftlichen Artikeln, Forschungsarbeiten und aus dem Internet. Durch die Recherche gewonnene eigene Erkenntnisse fließen in die Arbeit mit ein.

## **2 Was ist Stimmenhören?**

Wer von dem Phänomen des Stimmenhörens betroffen ist, hört ganz real gesprochene Worte, die nur er selbst hört. In der Geschichte gab es viele bedeutende Persönlichkeiten, die Stimmen hörten, wie zum Beispiel Sokrates, Jesus von Nazareth, Hildegard von Bingen, Franz von Assisi, Johann Wolfgang von Goethe und etliche mehr. Wie das Stimmenhören beurteilt wird hängt stark von der jeweiligen Zeit und dem kulturellen Kontext ab, in dem das Phänomen auftritt (vgl. Bock 2005, S. 22). Stimmenhören wird in der heutigen westlichen Gesellschaft als Zeichen psychischer Erkrankungen gesehen, welche mit Medikamenten behandelt werden sollten. In der Psychiatrie wird das Stimmenhören mit dem Begriff „akustische Halluzination“ bezeichnet (vgl. Romme/Escher 2008, S.8f).

### **2.1 Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen**

Der Begriff Halluzination entstammt dem Lateinischen, *alucinatio* = gedankenloses Reden (vgl. Klosa/Scholze-Stubenrecht/Wermke 1997), und bezeichnet Sinneswahrnehmungen ohne einem entsprechenden Reiz in der Außenwelt (vgl. Vauth/Stieglitz 2007, S.4). Diese Wahrnehmungen können auf einem der fünf Sinnesgebiete erfolgen: Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Tasten/Fühlen. Es wird von akustischen, optischen, olfaktorischen, gustatorischen oder taktilen bzw. coenästhetischen Halluzinationen gesprochen. Mit akustischen Halluzinationen werden neben dem Stimmenhören auch Geräusche, Glockenklang oder Musik in Verbindung gebracht. Halluzinationen werden als reales Ereignis empfunden. Im Unterschied dazu, ist es eine Pseudohalluzination, wenn sich der oder die Betroffene bewusst ist, dass seine oder ihre Wahrnehmung nicht real ist. Eine Illusion unterscheidet sich dadurch von einer Halluzination, dass sie auf einem echten äußeren Sinnesreiz beruht, dieser aber falsch wahrgenommen wird. Wahnideen hingegen sind keine Sinneswahrnehmungen sondern falsche Gedanken bzw. Ideen über die Wirklichkeit. (vgl. Katschnig 2005, S.9f).

## **2.2 Vielfalt der Stimmen**

Stimmen können in vielen verschiedenen Varianten vorkommen. Betroffene hören entweder viele oder nur einzelne Stimmen. Sie werden außerhalb, von nah oder fern, oder innerhalb (zum Beispiel im Kopf) wahrgenommen. Sie sind intensiv oder blass, laut oder leise, klar und verständlich oder nur als Rauschen wahrzunehmen (vgl. Katschnig 2005, S.11f). Sie können imperativ (befehlend) dialogisch (sprechen in Form von Rede und Gegenrede über den Hörer/die Hörerin) oder kommentierend (erläutern Alltagshandlungen der Betroffenen) sein (vgl. Vauth und Stieglitz 2007, S.5).

## **2.3 Stimmenhören und Krankheit**

Die Wissenschaft versucht aufzuklären, ob Stimmenhören an sich eine Krankheit bzw. ein Symptom einer solchen ist. Könnte es auch ein Phänomen sein, das eben nicht in Zusammenhang mit Krankheit stehen muss? Es gibt Untersuchungen welche belegen, dass Halluzinationen in der Allgemeinbevölkerung vorkommen, ohne dass dabei von einer Krankheit zu sprechen ist (Tien 1991, Eaton et al. 1991, van Os et al. 2001). In einer Studie von Tien (1991), in welcher 15.000 Personen befragt wurden, berichteten etwa drei Prozent, dass sie Stimmen hören. Von diesen drei Prozent hatte nur ein Drittel Probleme mit den Stimmen, bzw. mit ihrem Umgang mit den Stimmen, so dass Sie Hilfe in Anspruch nehmen mussten. Bei Eaton et al. (1991) zeigt sich, dass 4% aller an der Studie Beteiligten Erfahrungen mit akustischen Halluzinationen hatten. Bei 45% der Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen lagen Kriterien für eine psychiatrische Diagnose vor, und nur bei 16% Kriterien für die Diagnose Schizophrenie. Dies stimmt mit anderen Untersuchungen (z.B. van Os et al. 2001) überein, die vorweisen, dass nur etwa jeder sechste Stimmenhörer Kriterien für die Diagnose Schizophrenie erfüllt. Weiters ergibt sich aus der Studie von Eaton et al., dass 55% der Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen keine psychiatrische Erkrankung haben (vgl. Romme 2005, S.15f).

Schon in der Frühzeit der Psychiatrie gab es Zweifel ob Halluzinationen pathologisch sind. Im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts gab es eine große epidemiologische Studie, welche zu dem Schluss führte, dass Halluzinationen auch bei gesunden Personen vorkommen (vgl. Katschnig 2005, S.12f). Es wurde aber fortgefahren das Stimmenhören als „Verrücktheitssymptom“ anzusehen. Stimmenhören wurde sogar durch den deutschen Psychiater Kurt Schneider in die Position „Symptom ersten Ranges“ für Schizophrenie befördert. So sind kommentierende oder dialogische Stimmen allein ausreichend, um die Diagnose Schizophrenie zu stellen. Allerdings lässt sich heute ein Umdenken in der klinischen Psychiatrie beobachten (vgl. Katschnig 2005, S.13).

Marius Romme und Sandra Escher wollten herausfinden, weshalb manche Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen psychiatrische Probleme haben und manche nicht. Sie haben in Maastricht Vergleichsstudien durchgeführt, um aufzuklären was dazu führt, dass Betroffene gesund bleiben. Sie verglichen Betroffene mit den Diagnosen Schizophrenie und „dissoziative Störung“ mit gesunden stimmenhörenden Menschen. Bei rund 70% sowohl der Gesunden als auch der Kranken wurde Stimmenhören aufgrund traumatischer Erfahrungen ausgelöst. Der Unterschied der beiden Vergleichsgruppen bestand darin, welche Konsequenzen diese traumatische Erfahrung für die Wahrnehmung von Macht und Ohnmacht in Bezug auf die Lebensführung hat. Bei den Gesunden hatten die Traumata meist nur zeitlich begrenzt gewirkt und die Stimmen haben sich letzten Endes oft positiv auf das Lebensverständnis ausgewirkt. Sie wurden als Zeichen für die Existenz eines Problems erkannt und oft sogar als Ratgeber benutzt. Bei den Kranken hatte sich das Trauma viel negativer und lähmender ausgewirkt. Die wichtigsten Unterschiede die in der Studie aufgedeckt wurden sind zum einen der Umgang mit den Stimmen (positive Auseinandersetzung beim Gesunden, Unfähigkeit zur Auseinandersetzung beim Kranken) und zum anderen die Auswirkung der traumatischen Erfahrung auf das eigene Leben (zeitlich begrenzte Ohnmacht beim Gesunden, langfristige Ohnmacht beim Kranken) (vgl. Romme 2005, S.17f).

Stimmenhören ist also keine Krankheit. Krank werden die Betroffenen erst, wenn keine problemlösende Funktion in den Stimmen erkannt wird, wenn die dahinterliegenden sozialen, emotionalen und/oder spirituellen Probleme aus dem Blick geraten. So kommt es zu Machtlosigkeit. Zu Krankheit kommt es, wenn keine Lösung stattfindet, wenn die Stimmen Angst auslösen und der Alltag gestört ist, wenn die Stimmen überwiegend negativ sind und die stimmenhörende Person sich durch die Stimmen bedroht fühlt. Erst das Unvermögen sich mit der primären Reaktion des Stimmenhörens auseinanderzusetzen führt zu sekundären Reaktionen, welche dem Bild einer schizophrenen Psychose oder anderen psychotischen Bildern entsprechen können (vgl. Romme 2005, S.14f).

Das Stimmenhören kann bei manchen Patienten oder Patientinnen als eine Art Selbstverteidigung gesehen werden. Traumatische Erlebnisse werden verdrängt, und anstelle von unliebsamen Erinnerungen tauchen Stimmen auf. Dadurch, dass die ganze Aufmerksamkeit den Stimmen geschenkt wird, gerät das zugrunde liegende Problem aus dem Fokus. (vgl. Romme/Escher 2008, S.19ff).

Romme und Escher (vgl. 2008, S.35) haben eine Studie mit über 50 Betroffenen durchgeführt, welche darauf schließen lässt, dass Stimmen nicht Folge einer Krankheit sind, sondern Krankheit eine Folge der individuellen Umgangsweise mit den Stimmen und den dahinterliegenden Problemen.

## ***2.4 Stigmatisierung und Normalisierung***

Wie schon zu Beginn erwähnt, herrscht in unserer Gesellschaft immer noch die Meinung vor, Stimmenhören sei ein Symptom psychiatrischer Krankheiten und nur mit Medikamenten zu behandeln. Für Betroffene ist es aber wichtig zu wissen, dass Stimmenhören weit verbreitet ist, und nicht zwingend mit Schizophrenie oder anderen Krankheiten verbunden sein muss. So wird das Leid verringert und ein besserer Umgang mit den Stimmen erleichtert. Romme und Escher (vgl. 2008, S.97) sehen Normalisierung als wichtigen Teil im Umgang mit Stimmenhörern und

Stimmenhörerinnen. Dazu gehört unter anderem, den Betroffenen die Information zu übermitteln, dass ca. zwei bis vier Prozent der Bevölkerung Stimmen hören, und dass viele davon nach einem Lernprozess gut mit ihren Stimmen umgehen und leben können. Ein anderer wichtiger Schritt ist, die Erfahrungen der Betroffenen ernst zu nehmen und als real zu akzeptieren (vgl. Romme/Escher S.55).

Kingdon und Turkington (vgl. 2005, S.87ff) haben speziell für stimmenhörende Menschen eine Normalisierungstechnik entwickelt, bei der den Betroffenen verschiedene Situationen gezeigt werden, in denen Stimmenhören ein verständliches Reaktionsmuster ist. Solche Situationen können zum Beispiel auftreten, wenn Personen lange Zeit auf hoher See unterwegs sind, durch Reizdeprivation, bei schlimmen traumatischen Ereignissen, wie der Tod naher Angehöriger oder bei Konsum von bewusstseinsverändernden Drogen. Es geht in der Normalisierung darum, den Katastrophen-Charakter der Ereignisse zu mindern und den Menschen dabei zu helfen, die Kontrolle über ihr Leben und die Stimmen zurück zu gewinnen.

Roggendorf und Rief (2006, S.12f) plädieren dafür, die häufigsten psychischen Erkrankungen wie Ängste, Depressionen, Schizophrenie, Stimmenhören und andere, sowie ihre Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und passende Ansprechstellen bereits in der Schule zu thematisieren. Dies soll helfen die Stigmatisierung und Tabuisierung zu reduzieren. Dadurch wäre einerseits leichter möglich, als betroffene Person früher zu reagieren und sich an passende Stellen zu wenden, andererseits wäre auch das soziale Umfeld der Betroffenen zumindest schon einmal mit dem Thema konfrontiert und dadurch handlungsfähiger.

In Deutschland gibt es bereits einige Initiativen zur Antistigma-Arbeit, die versuchen das öffentliche Bild von psychischen Erkrankungen zu verändern. Teilweise arbeiten diese Initiativen auch an Schulen (vgl. Bock/Buck/Esterer 2007, S.267). Exemplarisch sei hier die Arbeit von „Irre menschlich“ aus

Hamburg genannt. Irre menschlich Hamburg e.V. ist ein trialogischer Verein. Trialogisch bedeutet, dass Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, sowie Therapeuten und Therapeutinnen auf gleicher Ebene miteinander arbeiten. Es werden Informations-, Begegnungs- und Präventionsprojekte zu den Themen seelischer Gesundheit, psychischer Erkrankung und Anderssein organisiert. Der Verein ist 1999 aus einem Psychoseseminar hervorgegangen, in dem das trialogische Prinzip angewendet wurde. Ein Prinzip von „Irre menschlich“ lautet, dass es normal ist, verschieden zu sein. Das Ziel ist eine Entstigmatisierung von psychisch kranken Menschen durch gezielte Informationsarbeit mit Journalisten, um die Darstellung psychischer Krankheiten und psychisch kranker Menschen in den Medien zu verbessern. Weiteres werden Projekte an Schulen, Informationsveranstaltungen und Kulturelle Projekte durchgeführt. (Irre menschlich Hamburg e.V. 2002-2012, <http://www.irremenschlich.de/>).

Da es durch Stigmatisierung zu Angst und Isolation kommt, und damit zu einer Blockierung von lebenswichtigen Ressourcen, wird eine umfassende Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen gefordert. (vgl. Bock/Buck/Esterer 2007, S.266).

### **3 Stimmenhören aus Sicht der Hirnforschung**

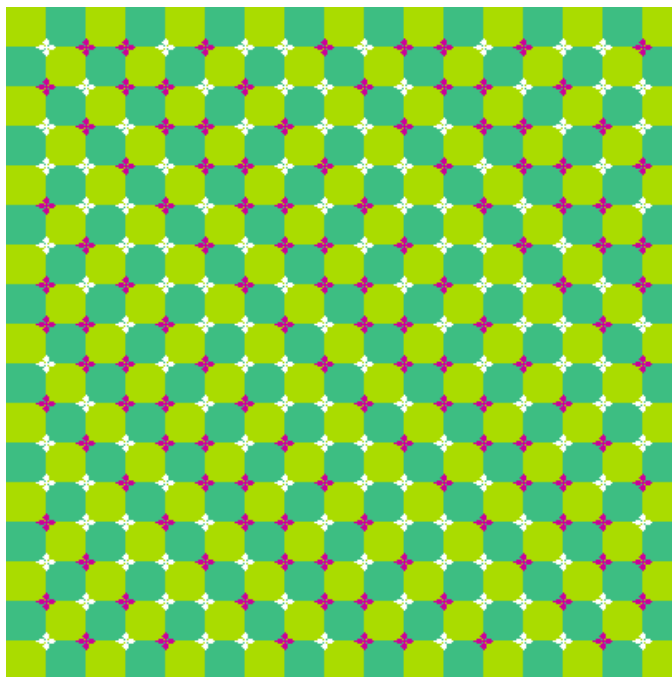
#### **3.1 Wahrnehmung**

Um zu einem Verständnis zu kommen, was bei der Erfahrung des Stimmenhörens im Gehirn vor sich geht, wird zunächst erläutert, wie Wahrnehmung funktioniert.

All unser Erleben beruht auf den Informationen, die wir durch unsere Sinnesorgane erhalten. Diese sind mit einer großen Anzahl von Rezeptoren (Sinneszellen) ausgestattet welche Informationen aufnehmen, und in elektrische Impulse umwandeln, um sie anschließend über Nervenbahnen an das Gehirn, genauer gesagt an den Thalamus zu senden (vgl. Gegenfurtner

2011, S.27ff). Der menschliche Körper besitzt eine sehr große Anzahl an Sinneszellen, grob geschätzt etwa 100 Millionen Rezeptoren. Jede einzelne davon liefert pro Sekunde Informationen im Bereich von 0-1000 Impulse. Das ist eine Fülle an Informationen, die das Gehirn aufnehmen und verarbeiten muss. Um diese Datenflut zu bewältigen, gibt es eine Reihe von Filterverfahren, um die Datenmenge zu reduzieren (vgl. Gegenfurtner 2011, S.6).

Der erste von insgesamt drei Wahrnehmungsfiltern ist der sogenannte neurologische Filter. Unsere Sinne sind darauf ausgerichtet, nur die für uns relevanten Informationen aus unserer Umwelt aufzunehmen, wobei das von Lebewesen zu Lebewesen verschieden ist. Das menschliche Auge zum Beispiel ist nur für Licht in einer bestimmten Wellenlänge empfindlich, nicht aber zum Beispiel für ultraviolette Strahlung. Die Evolution hat dafür gesorgt, dass wir die Welt auf unsere ganz eigene Art, ganz anders als zum Beispiel Fledermäuse wahrnehmen, auf eine Art und Weise, die für unsere Umweltbedingungen geeignet ist. Unter die Kategorie neurologischer Filter zählen auch die Signale, die falsch interpretiert werden, wie dies bei Sinnestäuschungen der Fall ist.



Beispiel für eine optische Täuschung: es sieht aus, als ob sich das Bild bewegen würde.



Ein weiterer Filter ist der soziale Filter, der sich durch Sprache, Gesellschaft, Kultur und weitere Einflüsse bedingt. Diesen Filter teilen alle Angehörigen einer sozialen Gruppe. Das dritte Filtersystem ist der individuelle Filter, der eingehende Informationen mit unseren Werten, Glaubenssystemen, Überzeugungen, Emotionen, Erinnerungen und Erwartungen abgleicht. Dieser Filter bestimmt was verdrängt, verzerrt oder generalisiert wird, um es dem inneren Weltbild anzupassen (vgl. Landsiedel, <http://www.nlp-insider.com>).

Wahrnehmung ist also ein interaktiver, komplexer Prozess, bei dem aufgrund eingehender Sinnesdaten, interner Konzeptualisierung und interner Kontrolle bzw. Zensur ein individuelles Abbild der Wirklichkeit entsteht (vgl. Emrich/Dillo 2005, S.67). Wenn also jeder Mensch die Welt verschieden wahrnimmt, ist es wichtig diese Andersartigkeit zu akzeptieren. Für den Umgang mit stimmenhörenden Menschen bedeutet das nach Emrich und Dillo (vgl. 2005, S.67) einerseits ihre Erfahrungen ernst zu nehmen und als real anzuerkennen, andererseits sie da abzuholen, wo sie in ihrer Wahrnehmung stehen.

### ***3.2 Vorgänge im Gehirn während des Stimmenhörens***

Die neuropsychologische Forschung untersucht mittels funktioneller Bildgebung (fMRT<sup>1</sup> und PET<sup>2</sup>) welche Areale beim Vorgang des Hörens und im Vergleich dazu während des Stimmenhörens im Gehirn aktiv sind. Eine Erkenntnis daraus ist, dass bei Halluzinationen, genau wie bei einer realen Sinneswahrnehmung, eine neurophysiologische Erregung im Gehirn vorausgeht, was bedeutet, dass Nervenzellen spontan ohne äußeren Reiz aktiv werden. Somit wird eine Wahrnehmung erzeugt, die Betroffene als real empfinden. Weiteres konnte festgestellt werden, dass während des Stimmenhörens Areale aktiv sind, welche auch beim Hören aktiv sind und Areale welche beim Sprechen aktiv sind. Diese sind auch aktiv wenn wir

---

<sup>1</sup>fMRT = funktionelle Magnetresonanztomographie

<sup>2</sup>PET = Positronenemissionstomographie

einen inneren Monolog führen oder uns Gesprochenes vorstellen (vgl. Stallmach 2008, [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch)). Eine Interpretation dieser Erkenntnisse ist, dass beim Stimmenhören eigene Gedanken einer externen Quelle zugeschrieben werden (vgl. Walter 2004, S.248). Normalerweise werden äußere Reize über die Sinneszellen aufgenommen und dann über den primären Kortex in die sekundären Areale weitergeleitet. Wenn Geräusche oder Stimmen aus der Erinnerung abgespielt werden, wird eine Aktivierung der sekundären Areale ausgelöst, nicht aber des primären Kortex. Da dieser während des Stimmenhörens aber aktiv ist wird vermutet, dass eine Fehlfunktion im primären Kortex Auslöser von akustischen Halluzinationen sein kann (vgl. Stallmach 2008, [www.nzz.ch](http://www.nzz.ch)). Bock (vgl. 2005, S.25) äußert dazu, dass es nicht klar ist, ob die Auswirkungen im Gehirn Ursache oder Wirkung des Stimmenhörens sind. Vom derzeitigen Stand der Untersuchungen sind nur Vermutungen möglich. Verschiedene Erklärungen für Stimmenhören, und ihre Relevanz für Betroffene werden im folgenden Kapitel genauer ausgeführt.

## 4 Erklärungsansätze

Es gibt viele Erklärungen für das Phänomen Stimmenhören, je nachdem, ob das Phänomen psychiatrisch, psychologisch, biologisch, religiös oder im Bezug zur Biographie der Betroffenen betrachtet wird. Wichtig ist hier die Frage, welchen Nutzen und welche Möglichkeiten das Erklärungsmodell für Betroffene hinsichtlich ihrer Handlungsmöglichkeiten bietet. Dazu ein Zitat von Hannelore Klafki, Gründungs- und Ehrenmitglied des Netzwerk Stimmenhören e.V. und selbst Stimmenhörerin:

*Das Spektrum der Erklärungen für die Stimmen ist groß und es gibt weit mehr Möglichkeiten, sich die Stimmen zu erklären, als es Professionelle in ihrer Ausbildung lernen. Sie sollten auf die unterschiedlichen Erklärungsmodelle hören und diese nicht einfach als absurd beiseite wischen, denn jede Erklärung, die dabei hilft, mit den Stimmen umzugehen, ist besser als keine (Klafki, 2005, S. 50).*

## **4.1 Psychiatrische Erklärungsansätze**

### **4.1.1 Dissoziationsstörungen**

Dissoziation bedeutet wörtlich Auflösung. Das Unbewusste spaltet einen Teil der Persönlichkeit ab oder unterdrückt es. Dies geschieht zum Beispiel bei einem schweren Trauma, um die begleitenden Gefühle, die sehr extrem sein können, nicht wahrnehmen zu müssen. Der abgespaltene Teil kann in diesem Augenblick nicht mehr bedroht oder attackiert werden. Dieser Prozess ist ein natürlicher Abwehrmechanismus, der mit der Zeit ein Eigenleben gewinnen kann, und auch Schaden anrichten kann. Wenn die Abspaltung bestehen bleibt, kann der betroffene Teil der Persönlichkeit sich den anderen Teilen des Ichs mit Hilfe einer Stimme bemerkbar machen. Diese kann bei Stress oder Konfrontationen mit der auslösenden Situation stets wiederkehren. Ob eine dissoziative Persönlichkeitsstörung (zum Teil auch als Neurose bezeichnet) vorliegt beurteilen Psychiater anhand verschiedener Fragen. Diese könnten zum Beispiel sein, ob die Person schon einmal erlebt hat, dass sie sich nicht erinnern konnte, was sie über Stunden oder Tage hinweg getan hat, oder ob sie sich schon einmal an einem Ort befand von dem sie nicht wusste, wie sie dorthin gekommen ist. Menschen mit einer dissoziativen Persönlichkeitsstörung können sich oft sehr gut von ihren Stimmen distanzieren und sind meist im Stande ihren täglichen Verpflichtungen bis zu einem gewissen Grad nachzukommen (vgl. Romme/Escher 1997, S.248f).

### **Medikation bei Dissoziationsstörungen/Neurosen**

Bei Neurosen sind vor allem Medikamente nötig, welche die Angstgefühle und deren körperliche Begleiterscheinungen lindern. Am häufigsten benutzt werden Sedativa (Beruhigungsmittel), die aber nur über kurze Zeiträume verschrieben werden sollten, da Suchtgefahr besteht. Manchmal werden auch Neuroleptika verordnet, nicht wegen ihrer antipsychotischen Effekte, sondern wegen der beruhigenden Wirkung. Ein Vorteil von Neuroleptika ist, dass auch bei langfristiger Anwendung keine nachgewiesene Suchtgefahr besteht.

Romme und Escher (vgl. 1997, S.249f) stehen der Behandlung durch Medikamente sehr skeptisch gegenüber und betonen wie wichtig es ist, die individuelle Situation in einem Gespräch zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin zu beraten. Entscheidend ist, dass Medikamente allein meist nicht ausreichen.

#### **4.1.2 Psychosen**

Psychosen sind vorübergehende und kurze Bewusstseinszustände. Ein psychotischer Zustand ist oft durch Verwirrung (Beeinträchtigung des Denkens), Stimmenhören (Beeinträchtigung der Wahrnehmung) und der Unfähigkeit den eigenen Willen zu benutzen gekennzeichnet. Die Stimmen sind in dieser Zeit sehr einnehmend und machtvoll. Es existiert häufig nur noch die Realität der Stimmen, welche die Kontrolle übernommen haben. Eine Erklärung für die Vorgänge während einer Psychose ist die Filtertheorie. Um die vielen Sinneseindrücke zu bewältigen, die ständig auf den Menschen einströmen, hat er die Fähigkeit Informationen, die nicht relevant sind zu filtern. Die Filtertheorie besagt, dass in einer Psychose diese Fähigkeit geschwächt ist und die Person daher mit Impulsen überflutet wird, was die Fähigkeit beeinträchtigt klar zu denken. Typisches Verhalten während psychotischen Phasen kann sein, dass Betroffene Geschichten ohne Anfang und Ende erzählen, dass sie abschweifen oder keine zusammenhängenden Sätze formulieren können (vgl. Romme/Escher 1997, S.243ff).

#### **Medikation bei Psychose**

Im Falle einer Psychose werden Neuroleptika verschrieben. Sie führen zu einer teilweisen oder völligen Wiederherstellung der Filter, aber mit dem Unterschied, dass auch Gefühle gefiltert werden. Diese Wirkung kann eine starke Distanz zur Außenwelt aufbauen und zu Abstumpfung und Apathie führen.

Romme und Escher (vgl. 1997, S.245ff) raten dazu die Medikamente nur über kurze Zeit und in niedriger Dosierung einzunehmen und bei negativen Wirkungen verschiedene Neuroleptika auszutesten. Neben den

Medikamenten ist es wichtig die Frühwarnzeichen einer psychotischen Episode zu erkennen und mögliche Auslöser zu identifizieren. Meist können Krisen bei frühem Erkennen auch ohne Medikamente oder zumindest mit sehr geringer Dosierung abgefangen werden.

## **4.2 Psychologische/Therapeutische Erklärungsansätze**

Die passende Unterstützung der Betroffenen hängt therapeutisch betrachtet von der Funktion der Stimmen ab. Um das geeignete psychologische Modell und die entsprechenden Interventionen zu finden, wird anhand von Fragen zu den Stimmen versucht die Funktion ausfindig zu machen. Gemeinsam mit dem Patient bzw. der Patientin werden Funktion und Bedeutung der Stimmen genauer herausgearbeitet. Im Folgenden werden die verschiedenen therapeutischen Bezugsrahmen und die jeweiligen Interventionsmöglichkeiten erläutert (vgl. Jan van Laarkoven 1997, S. 158ff).

### **4.2.1 Freuds Theorie des Es, Ich und Über-Ich**

Die Basis dieses Modells ist die Annahme, dass die Persönlichkeit aus dem Es (Triebe, animalische Instinkte), dem Ich und dem Über-Ich (Moral) besteht. Die Stimmen können dem Es entspringen, wenn bestimmte Triebe vom Über-Ich nicht akzeptiert werden. Stimmen können zum Beispiel als teuflische Eingebung erlebt werden. In Gesprächen mit Personen, die solche Stimmen hören, ist es ratsam, moralische und praktische Argumente zu benutzen. Anklagende Stimmen hingegen können von einem strengen Über-Ich stammen, das Kritik am Es äußert. Sie können zum Beispiel als Stimme eines strengen Gottes geschildert werden. In diesem Fall sind Argumente des Mitgefühls und der Vergebung angeraten. In einem Beispiel für den Anwendungsbereich dieser Theorie schildert Jan van Laarkoven ein 16jähriges Mädchen, welche beim Masturbieren von ihrer Mutter erwischt wird. Die Mutter dreht sich um und verlässt wortlos das Zimmer. Ab diesem Zeitpunkt hört das Mädchen Stimmen, die ihr sagen, dass sie vor den Augen aller bei lebendigem Leib verbrannt wird. In der Therapie erhält sie Sachinformationen zu normaler sexueller Entwicklung. Als sie diese

Information an die Stimmen weitergibt verschwinden diese noch im selben Moment und tauchen nie wieder auf (vgl. Laarkoven 1997, S. 161f).

#### **4.2.2 C. G. Jungs Theorie des kollektiven Unbewussten**

Carl Gustav Jung berichtet in seinen Werken davon, dass er selbst Stimmen hört. Eine dieser Stimmen erkannte er als Philemon aus der griechischen Mythologie. Dieser verhalf ihm durch die Beantwortung von Fragen zu dem Wissen, dass es Dinge in der Seele gibt, die nicht selbst gemacht sind, sondern die sich selber entwickeln, die ein Eigenleben haben. Jung geht davon aus, dass alle Individuen in der tiefsten Schicht der Seele mit dem unbewussten spirituellen Leben aller Menschen (jene die schon gestorben sind, jene die gerade Leben sowie jene die erst Leben werden) in Verbindung stehen. Wenn Personen extrem introvertiert sind, so ist es möglich, dass sie Stimmen von Menschen hören, die bereits verstorben sind. Jungs Theorie geht davon aus, dass bei jeder Wahrnehmung auch die Innenwelt beteiligt ist. Alle Sinneseindrücke müssen erst in einen Bezugsrahmen aus Erinnerungen eingebettet sein, bevor sie wahrgenommen werden können. Wer introvertiert ist, sich also mehr auf das Innere als auf das Äußere konzentriert, kann innere Bilder und Stimmen oft deutlicher wahrnehmen als äußere Reize. In diesem Konzept sind Stimmen also reale Stimmen von Wesenheiten, von Verstorbenen (vgl. Helsdingen 1997, S.197ff).

#### **4.2.3 Kognitive Psychologie**

Die kognitive Psychologie befasst sich mit der Frage, wie Individuen Erkenntnis über die Welt erwerben, wie Informationen wahrgenommen, gespeichert und genutzt werden. Durch verschiedene Untersuchungen über Halluzinationen, kamen Forscher zu dem Schluss, dass Stimmenhören auftritt, wenn seelische Ereignisse mit Ereignissen in der realen Welt verwechselt werden (vgl. Bentall 1997, S.174ff). Die kognitive Verhaltenstherapie (CBT – cognitive behavioural therapy) erklärt diese Sichtweise anhand des Modells der inneren Sprachschleife. Wenn jemand zu

uns spricht, werden die Sinnesreize in dasselbe Areal des Gehirns weitergeleitet, als ob eigene Gedanken gehört werden. Dieses Areal ist zuständig für das Erkennen von Lauten als Wörter. Von dort gehen die Informationen in ein Zentrum das für das Verstehen des Inhaltes zuständig ist. Eine zusätzliche Struktur im Gehirn, die für das Erkennen eigener Gedanken zuständig ist, wird beim Stimmenhören umgangen und die Gedanken werden einer äußeren Quelle zugeschrieben. Ist dieser Vorgang erst einmal passiert, werden die Worte als echte, von außen kommende Worte „gehört“ und das Phänomen Stimmenhören ist entstanden (vgl. Nelson 2011, S.38ff). Die Schlussfolgerung von Richard Bentall (vgl. 1997, S.174ff) ist, dass das Ziel einer Behandlung sein sollte, den Betroffenen zu helfen die betreffenden Teile, die sie als fremd erleben, wieder als eigene anzunehmen. Eine Strategie dafür ist das Fokussieren, welches im Kapitel der Interventionen in der Organisationsphase näher beschrieben wird.

#### **4.2.4 Trauer**

Es gibt Menschen, die unmittelbar nach dem Tod von Freunden oder Angehörigen deren Stimmen vernehmen. Solange diese Stimmen nicht als quälend erlebt werden ist keine Intervention nötig. Andernfalls können zum Beispiel Trauerrituale hilfreich sein (vgl. Laarkoven 1997, S.164).

### ***4.3 Erklärungen von Betroffenen***

In einer Studie befragten Romme und Escher stimmenhörende Menschen mit und ohne psychiatrische Erkrankungen zu ihren eigenen Erklärungen des Stimmenhörens. Im Gegensatz zu den meisten psychiatrischen und psychologischen Theorien sehen Betroffene den Ursprung ihrer Erfahrungen oft außerhalb ihrer Persönlichkeit, da dies eher ihrem Erleben und ihren Beobachtungen entspricht. Sie suchen nach Erklärungen, die mit ihren spirituellen und religiösen Vorstellungen zusammenpassen. Aber auch der kulturelle Aspekt spielt eine Rolle. Verschiedene Kulturen bewerten das Stimmenhören unterschiedlich und nehmen so Einfluss auf die individuellen Begründungen der Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen (vgl.

Romme/Escher, 1997, S. 25). Betroffene nennen unter anderem das Unbewusste (21%), paranormale Fähigkeiten wie Telepathie (31%) oder sich aufdrängende Gefühle anderer (29%), mystische Ursachen, wie die Stimme von Geistwesen oder Verstorbenen (52%) oder religiöse Begründungen, wie etwa die Stimme Gottes (8%) als Erklärung für die Stimmen. Ein Viertel der befragten Probanden war der Ansicht, dass es sich bei den Stimmen um das Symptom einer Krankheit handelt. Kranke und Gesunde unterscheiden sich teilweise sehr deutlich in ihren Erklärungen. So gehen als schizophren diagnostizierte Patienten und Patientinnen zu 56% davon aus, dass es sich um ein Krankheitssymptom handelt, während dies nur 7% der Nicht-Patienten und –Patientinnen annehmen. Weiterhin fällt auf, dass 44% der Menschen mit Schizophrenie die Stimme als Teufel oder bösen Geist wahrnehmen, hingegen geben dies nur 7% der gesunden Probanden an (vgl. Romme & Escher, 1997, S. 26). Die Befragung zeigt, dass mythische Erklärungen für Betroffene sehr wichtig sind. Im Folgenden werden diese aus einer wissenschaftlichen Perspektive betrachtet.

## **4.4 Mythische Erklärungsansätze**

### **4.4.1 Mystische Erfahrung und Religion**

Mystisch bedeutet nach Elfferich (1997, S. 105) die Erfahrung der Einheit des Universums. Mystische Erfahrung ist die Wahrnehmung einer höheren Realität und eine wirksame Methode um Kraft aus einer äußeren Quelle zu schöpfen. Jede Religion beruht letztlich auf mystischer Erfahrung. So basierte der antike japanische Shintoismus auf der Erfahrung des Göttlichen in der Natur, der Buddhismus wurde im Augenblick der Erleuchtung Buddhas geboren, das Christentum ging aus Begegnungen Einzelner mit Gott in menschlicher Gestalt, dass heißt Jesus, hervor (vgl. Romme/Escher 2008, S.168f). Das Objekt mystischer Erfahrung wird in der westlichen religiösen Tradition „Gott“ genannt und hat einen personalen Charakter. Der Ursprung dieses christlichen Denkens lässt sich aus dem Ein-Gott-Glauben des Judentums herleiten. Aus der Überzeugung, dass dieser Gott sich den Menschen offenbart und von den Menschen gesucht wird, folgt, dass er sich



im gesprochenen Wort manifestiert, was in zahlreichen Beispielen der Bibel belegt ist. Im Buddhismus hingegen wird die höchste Wirklichkeit nicht als personaler Gott angesehen und es wäre undenkbar, dass diese Wirklichkeit spricht. Somit wird das Hören von Stimmen hier lediglich als Teil einer Phase auf dem Weg zur Erleuchtung gesehen, der jedoch keine Bedeutung beizumessen ist (vgl. Marrelo/Stap 1997, S.97f).

In der Studie von Romme und Escher (vgl. 1997, S.26) gaben etwa 8% der Befragten eine religiöse Bedeutung ihrer Stimmen, wie zum Beispiel die Stimme Gottes, an.

#### **4.4.2 Transpersonale Psychologie/spirituelle Erfahrung**

Transpersonal bedeutet jenseits des Individuums. Transpersonale Psychologie befasst sich mit spirituellem Wachstum. Sie beschäftigt sich mit dem Überbewusstsein und spiritueller Erweckung. Spirituelle Erfahrungen werden oft beschrieben als ein Gefühl der Fülle, der Ganzheit, der Schönheit, ein Eindruck der Tiefe (zu den Ursprüngen unseres Wesens), eine Erhebung auf eine höhere Ebene, usw. Nach Assagioli (zit. nach Romme/Escher 2008, vgl. S.173) ist spirituelle Entwicklung ein langer und mühsamer Weg, auf dem Schwierigkeiten und Gefahren lauern. Es kann passieren, dass Menschen auf ihrem Weg aus dem Gleichgewicht geraten, wobei ein Merkmal davon sein kann, dass sie Stimmen hören. Die transpersonalen Psychologie bezeichnet dieses Ungleichgewicht als spirituelle Krise. Grof (zit. Nach Romme/Escher 2008, vgl. S.174) empfiehlt, diese Erfahrung positiv zu sehen, da sie einen Entwicklungsprozess bedeutet. Er regt dazu an, Betroffene über spirituelle Prozesse aufzuklären, Literatur dazu bereit zu stellen und die Gelegenheit für den Austausch von Betroffenen zu schaffen, vor allem mit Menschen, die bereits ähnliche Erfahrungen gemacht haben (vgl. Romme/Escher 2008, S.170ff).

#### **4.4.3 Parapsychologie und Stimmenhören**

Erfahrungen des Stimmenhörens sind sehr verschieden, und es ist nicht korrekt sie zu verallgemeinern, so als seien alle Beispiele gleich. Die Interpretation des Stimmenhörens als paranormale Begabung und als Mittel zur Erlangung spiritueller Reife ist zu einer wichtigen Bewegung geworden, die viele Betroffene fasziniert (vgl. Romme 1997, S.88). Stimmenhören wird in der Parapsychologie als außersinnliche akustische Wahrnehmung bezeichnet. Für die parapsychologische Forschung sind nur Stimmenhörerfahrungen relevant, die auch bewiesenermaßen mit einem tatsächlichen Ereignis in der materiellen Welt übereinstimmen. Dazu ein Beispiel: Ein Geistlicher hört eine Stimmen, die ihm sagt, er solle nicht in das Theater gehen, für das er schon Karten hat. Er beschließt nicht hinzugehen, und schenkt die Karten an einen Freund weiter. Während der Vorstellung fängt das Theater Feuer und der Freund des Geistlichen kommt dabei ums Leben (vgl. Bosga 1997, S.108ff).

Studien haben gezeigt, dass außersinnliche Wahrnehmungen unter bestimmten Voraussetzungen häufiger auftreten, wie etwa im Zustand der Bewusstseinsweiterung (Hypnose, Träume, tiefe Entspannung, extremer Stress) oder wenn Personen eine emotional enge Verbindung miteinander haben. Spinelli formulierte eine Hypothese, nach der sich eine Person, um die Gedanken anderer überhaupt identifizieren zu können, der eigenen Gedanken bewusst sein muss. Er geht davon aus, dass extrasensorische Wahrnehmungen vor der Bildung einer stabilen Identität besonders häufig auftreten. Laut dieser Theorie sind außersinnliche Erfahrungen bei kleinen Kindern besonders häufig und nehmen mit fortschreitendem Alter proportional ab (vgl. Bosga 1997, S.111ff).

Die Frage ist, ob eine Person Nutzen aus dem Wissen gewinnen kann, dass ihre Hörerfahrungen paranormalen Natur sind. Das parapsychologische Institut in Utrecht hat die Erfahrung gemacht, dass solche außersinnlichen Erfahrungen oft als große Belastung empfunden werden. Es können vielerlei Probleme auftreten, da viele Menschen nicht wissen, wie sie mit diesen

Erfahrungen umgehen sollen. Es ist also auch im Bereich des außersinnlichen Hörens nötig, dass Betroffene lernen den Einfluss der Stimmen zu kontrollieren und einen guten Umgang mit ihnen finden (vgl. Bosga 1997, S.113f). Welche Möglichkeiten es diesbezüglich gibt wird im Kapitel zur Erfahrungsfokussierten Beratung erläutert.

## **5 Umgang mit den Stimmen**

Es gibt zahlreiche Wege und Methoden, wie stimmenhörende Menschen lernen können besser mit den Stimmen umzugehen. Ein Teil der möglichen Interventionen wurde bereits im Kapitel der Erklärungsansätze behandelt. Als besonders hilfreich haben sich in der Stimmenhörbewegung die erfahrungsfokussierte Beratung nach Romme und Escher und der Besuch von Selbsthilfegruppen erwiesen.

### **5.1 Erfahrungsfokussierte Beratung**

*(Eng: Experience Focussed Counselling)*

Marius Romme und Sandra Escher (vgl. 2008, S.11ff) haben basierend auf ihren Forschungen einen Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern und Stimmenhörerinnen entwickelt. Dieses Instrumentarium dient dazu systematisch die Beziehung zwischen den Stimmen und der Lebensgeschichte der Betroffenen zu analysieren und der Bedeutung der Stimmen auf die Spur zu kommen. Mittels Interview, Bericht und Konstrukt arbeiten in der Erfahrungsfokussierten Beratung Betroffene und beratende Personen gemeinsam und systematisch an einem besseren Umgang mit den Erfahrungen des Stimmenhörens und daran, sich den dahinterliegenden Problemen zu stellen. Romme und Escher empfehlen, dass die nachfolgend beschriebene Methode nur nach einer Teilnahme am Fortbildungskurs „Erfahrungsfokussierte Beratung“ angewandt wird. Fortbildungen werden am „efc Institut“ in Deutschland ([efc-workshops.de](http://efc-workshops.de)) sowie über das „Netzwerk Stimmenhören“ angeboten.

Stimmen sind nicht Folge einer Krankheit, sondern Krankheit ist eine Folge der individuellen Umgangsweise mit den Stimmen und den dahinterliegenden Problemen. Untersuchungen von Romme und Escher haben ergeben, dass Menschen, die Stimmen hören, aber keine psychische Erkrankung haben, gut mit ihren Stimmen umgehen können, und ihre Stimmen als Zeichen eines Problems anerkennen. Sie nutzen die Stimmen als Ratgeber, um ihre Probleme zu lösen. Die Stimmen stehen in gewisser Weise mit der Lebensgeschichte des Hörers oder der Hörerin in Verbindung. Die Beziehung zur Lebensgeschichte kann historisch, psychodynamisch oder metaphorisch sein. Historische Beziehung bedeutet, dass das Stimmenhören seinen Ursprung in einem Trauma oder einem sozialen oder emotionalen Problem hat. Die psychodynamische Beziehung beschreibt, wie durch die Stimmen ein innerer Konflikt entpersonalisiert wird. Das Stimmenhören tritt an die Stelle des emotionalen Problems und fungiert somit als Abwehrmechanismus. Eine Metaphorische Beziehung zwischen Hörer bzw. Hörerin und Stimme kann eine Metapher für die Art wie Betroffene mit der Außenwelt interagieren darstellen (vgl. Romme/Escher 2008, S.21f, S.34f, S.42f).

Für stimmenhörende Personen ist es wichtig, dass ihre Erfahrungen von professionellen Helfern als real akzeptiert werden, und ihnen mit Respekt und Interesse zugehört wird. Wenn Menschen offen dazu stehen können, dass sie Stimmen hören, können sie wählen, wie sie auf die Stimmen reagieren. Sie können dann mächtiger und unabhängiger werden, weil sie nicht mehr in der Vorstellung gefangen sind, krank und handlungsunfähig zu sein. So ist es möglich die Stimmen zu analysieren, einen guten Umgang mit ihnen zu finden und auf die dahinterliegenden Probleme einzugehen (vgl. Romme/Escher 2008, S.16). Halluzinationen sind im persönlichen Erleben nie von wirklichen Sinneseindrücken zu unterscheiden, weil das Gehirn darauf programmiert ist, die sensorischen Eindrücke als wahr zu akzeptieren (vgl. Nelson 2011, S.29).

Der erste Schritt in der Analyse der Beziehung zwischen dem Stimmenhören und der persönlichen Lebensgeschichte ist das Interview. Dabei ist es wichtig, dass die interviewende Person über gewisse Fertigkeiten verfügt. Sie soll bereit sein, sich auf die Erfahrung des Individuums einzulassen, anzuerkennen dass diese Person Experte bzw. Expertin im Bezug auf die eigene Erfahrung ist und während dem Interview nicht interpretieren. Für das Interview wird ein Fragebogen genutzt<sup>3</sup>, um die Informationen systematisch und strukturiert abzufragen. Der Fragebogen ist in folgende Bereiche gegliedert:

- die Art der Erfahrung
- die Eigenschaften der Stimmen
- die persönliche Stimmenhörgeschichte
- die Auslöser der Stimmen
- die Botschaft der Stimmen
- Theorien über die Stimmen
- Auswirkungen der Stimmen
- die Beziehung der Person zu ihren Stimmen
- Bewältigungsstrategien
- Kindheitserfahrungen
- die Behandlungsgeschichte
- das soziale Netzwerk der Person
- weitere offene Fragen

Da das Interview sehr langwierig ist, wird empfohlen es auf bis zu drei Sitzungen aufzuteilen. So erhalten Betroffene außerdem die Chance, über das Gesprochene nachzudenken und gegebenenfalls Antworten zu vervollständigen. Der nächste Schritt ist es einen Bericht auf Grundlage des Interviews zu erstellen. Dabei ist wichtig die Informationen sorgfältig

---

<sup>3</sup> Der Fragebogen wurde von Romme und Escher erstellt und ist online, unter der URL: <http://www.stemmenhoren.nl/wp/files/Lezingen/21%20Maastricht%20Interview%20deutsch.pdf> abrufbar.

ausgewählt, zusammengefasst und organisiert wiederzugeben, um ein klares Bild über die Stimmen und die Probleme die sie repräsentieren, zu erstellen. Der Aufbau des Berichts orientiert sich an der Gliederung des Interviews. Anhand des Berichts, der sich rein auf die Angaben des Hörers oder der Hörerin bezieht, wird ein Konstrukt erstellt. Im Wesentlichen geht es beim Konstrukt darum folgende Fragen zu beantworten: Wen repräsentieren die Stimmen und welche Probleme repräsentieren sie? Ziel des Konstrukts ist die Kontinuität der Lebensgeschichte wiederherzustellen, die durch das Auftauchen der Stimmen unterbrochen worden sein kann. Das Konstrukt sollte, aus den Informationen des Berichts herausgefiltert, in sechs Hauptkategorien dargestellt werden:

- Identität und Eigenschaften der Stimmen (helfen zu identifizieren wen die Stimmen darstellen)
- Geschichte und Inhalt der Stimmen sowie die Auslöser und relevanten Auswirkungen (zeigen die sozial-emotionalen Probleme die zugrunde liegen)
- Erfahrungen aus der Kindheit und Jugend (sollten das Konstrukt bestätigen und Erklärungen liefern, warum die Person nicht in der Lage war, die Probleme zu bewältigen, weswegen sie psychiatrische Hilfe in Anspruch nahm).

Das Konstrukt sollte Betroffenen nicht aufgedrängt werden. Wenn es Veränderungsbedarf gibt wird gemeinsam nach einem anderen Konstrukt gesucht. Ziel ist einen Prozess in Gang zu bringen, in welchem die Stimmen als Teil der persönlichen Erfahrung akzeptiert werden. Parallel zu Interview, Bericht und Konstrukt, können andere Interventionen gesetzt werden. Je nachdem in welcher Phase sich die stimmenhörende Person befindet bieten sich verschiedene Interventionen an (vgl. Romme/Escher 2008, S.54ff, S.66ff, S.86f).

## **5.2 Phasen des Stimmenhörens**

Romme und Escher (vgl. 2008, S.96ff) haben aufgrund ihrer Arbeit mit Betroffenen und daraus gewonnenen Erkenntnissen das Stimmenhören in drei Phasen gegliedert: die Phase des Erschreckens, die Organisationsphase und die Stabilisierungsphase.

In der **Phase des Erschreckens** fühlen sich die Betroffenen überwältigt, verängstigt und verwirrt durch die fremdartige Erfahrung die sie gerade machen. Oft ist es ihnen in dieser Situation noch nicht möglich über ihre Stimmen zu sprechen, oder die Stimmen verhindern dies durch Drohungen. Die helfende Person sollte in dieser Zeit am Beziehungsaufbau arbeiten und sich nach Problemen im täglichen Leben erkundigen. Er oder sie sollte sich daran orientieren was für Betroffene zurzeit das Wichtigste ist und worüber sie offen reden können. Parallel dazu können Informationen über das Stimmenhören gegeben werden. Es soll betont werden, dass Stimmenhören keine seltene Erfahrung ist und viele der Betroffenen, dank eines Lernprozesses, gut mit ihren Stimmen umgehen können. In dieser Phase können auch ganz allgemeine Informationen gegeben werden, zum Beispiel über Möglichkeiten der Angstreduzierung und über Medikamente. Es sollte bereits in dieser Phase begonnen werden über die Stimmen in einer systematischen Weise zu sprechen, am besten indem bereits ein oder zwei Punkte des Interviews verwendet werden.

Die **Organisationsphase** bezeichnet jene Phase in welcher die Betroffenen beginnen, ihr Leben mit den Stimmen zu formieren. Die Erfahrung ist nicht mehr ganz so fremdartig und die Suche nach einem guten Umgang mit den Stimmen beginnt. Das Interesse an Erlebnissen anderer Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen wächst. In dieser Zeit ist es sinnvoll das komplette Interview über die Stimmen durchzuführen und anschließend den Bericht und das Konstrukt zu erstellen. Alle Interventionen, die darauf abzielen, dass sich die Person mit den Stimmen auseinandersetzt, sind in dieser Phase hilfreich.

Die **Stabilisierungsphase** ist die Phase, in der Betroffene eine ausgeglichene Beziehung zu den Stimmen haben. Sie haben Kontrolle über die Stimmen, und beginnen die Stimmen als Teil ihrer selbst zu sehen. Anstatt die Stimmen loswerden zu wollen, wird versucht einen Weg zu finden gut mit ihnen zu leben. Die Person erkennt die Stimmen als Symbol für versteckte Probleme an. In dieser Phase sollte das Konstrukt diskutiert werden. Dabei ist vorsichtig und einfühlsam vorzugehen. Um das Konstrukt gut anzuwenden braucht es Übung und Ausbildung. Eine zentrale Rolle spielt in dieser Zeit die Rückgewinnung des eigenen Lebens, durch die Herstellung und Erweiterung von Selbstbestimmung und Unabhängigkeit.

### 5.2.1 Interventionen in der Phase des Erschreckens

Laut Romme und Escher (vgl. 2008, S.106f) sind in dieser Phase folgende Interventionen für Betroffene hilfreich, um die Kontrolle über die Stimmen zu gewinnen:

- *„den Stimmen antworten;*
- *eine bestimmte Zeit und Dauer für die Stimmen bestimmen;*
- *die Stimmen für eine gewisse Zeit abweisen;*
- *aufschreiben was die Stimmen sagen und wollen;*
- *prüfen, ob das, was die Stimmen sagen, auch wahr ist;*
- *Grenzen setzen;*
- *Anordnungen<sup>4</sup> verschieben;*
- *verschiedene Anordnungen ersetzen und lernen, Ärger und Wut auszudrücken;*
- *die Stimmen erwarten;*
- *mit jemandem über die Stimmen sprechen“*

(Romme/Escher 2008, S.106f).

---

<sup>4</sup> Mit Anordnungen sind Befehle und Aufträge der Stimmen gemeint.



### **5.2.2 Interventionen in der Organisationsphase**

In dieser Phase sind Interventionen wie das „Normalisieren“, das „Fokussieren“, „Überzeugungen beeinflussen“, die „Verbesserung der Bewältigungsstrategien“, „das Leben neu schreiben“ und der „Stimmendialog“ zu empfehlen (vgl. Romme/Escher 2008, S.115).

#### **Normalisieren**

Das Normalisieren ist, wie bereits im Hinblick auf die Stigmatisierung erläutert, eine Technik von Kingdon und Turkington. Wenn Betroffene das erste Mal Stimmen hören, sind sie oft überwältigt, schockiert und verängstigt. In einem ersten Schritt wird die Information weitergegeben, dass die Erfahrung Stimmenhören von zirka 2-6 % der Bevölkerung geteilt wird. Als weiterer Schritt werden mögliche Umstände besprochen, unter denen Stimmenhören als eine durchaus normale Reaktion verstanden werden kann. Dies sind zum Beispiel der Konsum von psychotropen Substanzen, Schlafentzug und Reizdeprivation. Durch die Information, dass es nicht verrückt ist Stimmen zu hören, wird die Angst und das Gefühl der Machtlosigkeit reduziert. Im Anschluss kann begonnen werden mit den Stimmen zu arbeiten (vgl. Romme/Escher 2008, S.115f).

#### **Fokussieren**

Bentall und Haddock (vgl. 1997, S.218f) haben die Fokussierungstechnik entwickelt, um stimmenhörenden Menschen zu helfen, den Inhalt, die Entwicklung und die Bedeutung ihrer Stimmen im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zu erkunden. Anfangs hören Betroffene den Stimmen nur zu und beschreiben ihre Eigenschaften. Später berichten sie darüber, was die Stimmen sagen, wobei sie besonders auf damit verbundene Gedanken und Ideen achten sollen. Ziel der Methode ist es, den Umgang mit den Stimmen zu verbessern, ihre wahre Quelle zu erkennen und Kontrolle über die Stimmen zu erlangen. Dazu kann unter anderem die Methode des Tagebuchschreibens verwendet werden.

## **Überzeugungen beeinflussen**

Überzeugungen dienen dazu Stabilität in die Komplexität und Unbeständigkeit des Lebens zu bringen. Überzeugungen werden entwickelt um die verschiedensten Situationen zu strukturieren und zu meistern. Sie machen es möglich neue Situationen rasch zu interpretieren und schnell auf sie zu reagieren. Je gewisser Überzeugungen sind, desto effizienter sind sie. Überzeugungen können funktional, also hilfreich für die betroffene Person, oder dysfunktional sein. Dysfunktionale Überzeugungen wirken sich negativ auf die Person aus (zum Beispiel die Überzeugung, dass die Stimmen sehr machtvoll sind und ihnen unbedingter Gehorsam geleistet werden muss). Die meisten Überzeugungen sind aber sowohl funktional als auch dysfunktional je nach Kontext und Lebensabschnitt (vgl. Nelson 2011, S.7ff). Um die Überzeugungen eines Menschen hinsichtlich der Stimmen einzuschätzen, wurde von Paul Chadwick und Max Birchwood ein Fragebogen entwickelt (Beliefs About Voices Questionnaire: BAVQ-R), welcher im Internet abrufbar ist<sup>5</sup>. Interventionen zur Beeinflussung der Überzeugungen sind besonders dann angebracht, wenn Betroffene gegenüber ihren Stimmen machtlos sind und aufgrund dessen ihre Handlungsfreiheit völlig eingeengt ist. Chadwick und Birchwood haben einen Neun-Schritte-Interventionsplan entwickelt, welcher das Ziel hat das Selbstvertrauen und den Einfluss der stimmenhörenden Person zu erhöhen. Dabei geht es neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung darum, Verständnis und Sicherheit zu geben, die Angst zu reduzieren, die Betroffenen auch mit anderen Menschen die Stimmen hören bekannt zu machen und darum, die Überzeugungen zu bearbeiten. Der erste Schritt bei der Modifikation von Überzeugungen ist es, diese auszumachen, und dann gemeinsam Beweise für diese heraus zu arbeiten. Als nächstes werden diese Beweise hinterfragt und alternative Erklärungsmöglichkeiten angeboten. Durch diesen Prozess soll es den Betroffenen ermöglicht werden, eine persönliche Bedeutung für die Erfahrung des Stimmenhörens zu finden und eine Verbindung zwischen dem Stimmeninhalt und der eigenen Lebensgeschichte zu erforschen (vgl. Romme/Escher 2008, S.135f).

---

<sup>5</sup>BAVQ-R auf englisch abrufbar unter: <<http://www.hearingvoices.org.uk/pdf/bavqr.pdf>>

## **Verbesserung der Bewältigungsstrategien**

### **(Coping-Strategy Enhancement: CSE)**

Ziel dieser Intervention ist es, die Herangehensweise der Betroffenen an ihre Stimmen einzuschätzen und zu erweitern. Yusupoff und Tarrier (vgl. 1996, S.86ff) haben das Vorgehen in drei Phasen gegliedert, die Einschätzungs-, die Motivations- und die Interventionsphase. Die Einschätzungsphase dient der Analyse der bereits eingesetzten Bewältigungsstrategien und ihrer Folgen. In der Motivationsphase geht es darum, die Vor- und Nachteile für einen veränderten Umgang mit den Stimmen zu suchen und abzuwägen. In der dritten Phase kommt es dann gezielt zum Einüben von wirksamen und sozial verträglichen Bewältigungsstrategien (vgl. Vauth und Stieglitz 2007, S.50ff).

### **Das Leben neu schreiben**

Das Ziel der Methode, die Michel White entwickelt hat, ist es Betroffene zu befähigen, die Kontrolle über ihr Leben zurück zu erlangen. Stimmen üben Kontrolle aus, indem sie so tun, als wären sie allmächtige Experten. Sie sprechen auf beeindruckende Weise, mit Autorität und sind aufdringlich. Stimmenhörende Menschen werden ermutigt ihre Stimmen durch Fragen aufzudecken und ihnen somit die Macht zu nehmen. Die Fragen beziehen sich auf Motive und Zwecke der Stimmen, auf die persönlichen Erfahrungen der Stimmen, auf ihren Status und darauf wie sie ihre Informationen über den Hörer/die Hörerin gewinnen. Zum Beispiel können Betroffene fragen was sich die Stimmen von dem erwarten, was sie ihnen auftragen. Durch die Fragen sollen die Stimmen personifiziert und damit ihre Autorität verringert werden. Betroffene sollen in die Lage versetzt werden ihre eigenen Entscheidungen, auf Grundlage ihrer Lebenserfahrungen zu fällen. Ziel der Methode ist es nicht die Stimmen loszuwerden, sondern die Beziehung zu ihnen zu verändern (vgl. Romme/Escher 2008, S.144ff).

## **Stimmendialog**

Der Stimmendialog, entwickelt von Hal Stone und Sidra Winkelman (1985), geht von der Annahme aus, dass sich die Persönlichkeit aus einer Reihe von Unterpersönlichkeiten zusammensetzt. Es wird unterschieden in primäre und abgelehnte Anteile. Die primären Anteile sind jene, die für die Person am nützlichsten sind, und deshalb am stärksten hervortreten. Ein Beispiel dafür könnte der „Rechtmacher“ sein, er mag es, es anderen recht zu machen. Abgelehnte Anteile sind jene, die von dem Individuum nicht geschätzt werden, da sie sich als nicht wertvoll, oder sogar als negativ für die Beziehungen der Person ausgewirkt haben. Der Psychiater Dirk Corstens kam auf die Idee, die Methode des Stimmendialogs mit Stimmenhörenden Menschen zu nutzen, da er versuchen wollte, direkt mit den Stimmen zu sprechen, um so eine Veränderung in der Beziehung zwischen Betroffenen und ihren Stimmen anzuregen. Nach ersten praktischen Erfahrungen kam er zu dem Schluss, dass die Methode durchaus für dieses Feld geeignet ist. Das Ziel des Stimmendialogs ist die Stimmen besser kennen zu lernen und zu erfahren, warum sie bei der Person sind. Ziel ist auch, dass Betroffene besser mit ihren Stimmen umgehen können. Die Stimmen verschwinden zu lassen ist kein Ziel dieser Methode. Der Stimmendialog kann nicht in der ersten Phase des Stimmenhörens angewandt werden, da die Betroffenen bereits einigermaßen offen und neugierig gegenüber den Stimmen sein müssen. Er wird nur angewandt, wenn der Hörer bzw. die Hörerin, sowie die Stimmen zugestimmt haben (vgl. Romme/Escher 2008, S.151ff).

Zu Beginn wird die stimmenhörende Person gefragt, wie die Stimmen es finden würden, sich mit dem Berater bzw. der Beraterin zu unterhalten. Methode und Zweck werden ausführlich erklärt und es wird betont, dass das Ziel nicht die Unterdrückung der Stimmen ist, sondern sie besser kennen zu lernen. Es wird versucht das Interesse des Betroffenen, als auch das der Stimmen, zu wecken. Hat die beratende Person die Zustimmung erhalten, muss eine Stimme ausgewählt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit der Stimme begonnen wird, die am wenigsten bedrohlich ist. Am besten ist es, die Entscheidung darüber den Betroffenen selbst zu überlassen. Der

Dialog kann entweder direkt mit den Stimmen geführt werden, oder indirekt, indem Betroffene die Frage an die jeweilige Stimme weitergeben und die Antwort dann wieder an den Berater oder die Beraterin.

#### Ablauf des Dialoggesprächs

Als erstes wird die Stimme begrüßt und die befragende Person dankt der Stimme für die Unterhaltung. Der Sinn und Zweck der Unterhaltung sowie das Ziel wird noch einmal erklärt. Danach wird mit den Fragen begonnen. Durch die Fragen sollen Informationen über die Stimme und ihre Beziehung zum Stimmenhörer/zur Stimmenhörerin gesammelt werden. Folgende Fragen können beispielsweise hilfreich sein:

- Wer sind Sie?
- Kennt der Stimmenhörer/die Stimmenhörerin Sie?
- Was war der Grund dafür, dass Sie zu (Name des/der Betroffenen) gekommen sind?
- Worum mussten Sie sich kümmern?
- Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und (Name des/der Betroffenen) beschreiben?

Hier ein Beispiel für die Wirkung des Dialogs: eine Stimme, die der Person immer sagt, dass sie sich umbringen soll, erläutert im Lauf des Gesprächs, dass sie will, dass sich die Person besser wehrt. Sie meint die Person könnte genauso gut tot sein, wenn sie nicht lernt sich zu verteidigen. Sie verwandelt sich dadurch von einer bedrohenden in eine beschützende Stimme.

Wenn die Fragen alle gestellt und beantwortet sind bedankt sich der Berater/die Beraterin für die Klarstellung der Dinge, fragt die Stimme ob es in Ordnung ist, das Gespräch jetzt zu beenden und eventuell ein anderes Mal fortzusetzen, und verabschiedet sich von ihr. Danach bittet er den Hörer/die Hörerin sich wieder in die ursprüngliche Position zu begeben. Jetzt wird das Gespräch mit dem/der Betroffenen reflektiert. Wie denkt und fühlt er/sie über das Gesagte? Dies bietet Gesprächsmaterial für die nächsten Sitzungen und

kann Grundlage für die Umgestaltung der Beziehung zu der Stimme sein oder Anlass, der Stimme in der nächsten Sitzung weitere Fragen zu stellen (vgl. Romme/Escher 2008, S.151ff).

### **5.2.3 Interventionen in der Stabilisierungsphase**

In dieser Phase geht es darum, soziale Autonomie wiederherzustellen, Identität und Selbständigkeit zurück zu erlangen und ein wohlwollendes soziales Umfeld zu finden. Es werden Wege gesucht wieder ein normales Leben zu führen und dabei die Kontrolle über die Stimmen aufrecht zu erhalten (vgl. Romme/Escher 2008, S.157f).

In einer Analyse von 900 autobiographischen Erzählungen von Betroffenen, hat die Psychologin Gail Hornstein 4 zentrale Faktoren für das Gelingen von Genesung festgestellt. Diese lauten wie folgt:

- Den Betroffenen wird zugehört
- Den Betroffenen und ihren Geschichten wird Glauben geschenkt
- Betroffene finden emphatische Zeugen/Zeuginnen für ihre Geschichte des Leidens (jemanden der ihnen die Realität ihrer ungewöhnlichen, verwirrenden Erlebnisse beglaubigt)
- Es gibt zumindest eine nahe Bezugsperson, die überzeugt ist, dass die Person es schafft ihr Schicksal zu meistern

(vgl. Lang/Weiterschan 2011, [www.stimmenhoeren.net](http://www.stimmenhoeren.net))

## **5.3 Selbsthilfegruppen**

Der Zweck von Selbsthilfegruppen ist ein Informations- und Erfahrungsaustausch von Betroffenen, die ein vergleichbares Problem haben. Zu erfahren, dass andere Menschen ähnliche Erlebnisse haben, die Möglichkeit sich darüber auszutauschen und ernst genommen zu werden ist eine wesentliche Funktion der Gruppen. Es können auch Tipps für hilfreiche Umgangsweisen mit den Stimmen weitergegeben werden und es erfolgt gegenseitige emotionale Unterstützung und Motivation. Zudem kann der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen eine tagesstrukturierende

Funktion haben und aus der sozialen Isolation führen. Selbsthilfegruppen können auch in unterschiedlichem Maße die Belange ihrer Mitglieder nach außen vertreten, zum Beispiel durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, Unterstützung von Forschungsarbeiten bis hin zur politischen Interessenvertretung (vgl. Schneider 2012, S.203 und Selbsthilfegruppe Schwerin, [www.stimmenhoeren.de](http://www.stimmenhoeren.de)). Das Netzwerk Intervoice gibt als Ziele von Selbsthilfegruppen die Entmystifizierung der Stimmen, den Aufbau einer Beziehung, das Erkennen der Stimmen als Teil des normalen Lebens und das Finden von Bewältigungsstrategien für ein Leben mit Stimmen an. Zu dem soll die Idee, dass es normal ist verschieden zu sein, verstärkt werden (Intervoice 2012, [www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org)).

## **6 Stimmenhörerbewegung**

Die Stimmenhörerbewegung wurde 1987 durch den Psychiater Marius Romme und seiner stimmenhörenden Patientin Patsy Haagan ins Leben gerufen. Es fing damit an, dass Patsy Haagan Romme zum Umdenken brachte, als sie ihn fragte, wenn er an einen unsichtbaren Gott glaube, warum er dann nicht an Stimmen glauben könne, die zumindest sie deutlich hören kann. Nachdem Romme mit seiner Behandlung nicht mehr weiterweiß, wagt er mit ihr zusammen den ungewöhnlichen Schritt in einer populären niederländischen Talk-Show einen Aufruf zu starten. Wenn Psychiater der Patientin nicht helfen können, so Romme, können es vielleicht andere Menschen, die auch Stimmen hören. Nach dem Aufruf in der Sendung melden sich 450 Menschen mit Stimmen-Erfahrung, von denen viele noch nie in der Psychiatrie waren. Romme fing an, sich mit dem Stimmenhören wissenschaftlich zu befassen und dieses Phänomen zu erforschen. Er organisierte kurz darauf den ersten Stimmenhörer-Kongress, an welchem über vierhundert Menschen teilnahmen. In den Jahren darauf wurde die Stiftung "Weerklank" (Widerhall) gegründet, eine niederländische Selbsthilfeorganisation für Stimmenhörer und Stimmenhörerinnen. Daraufhin entstand in Großbritannien das „Hearing Voices Network“, gegründet von Paul Baker, Bruder eines Stimmenhörers. Die erste internationale Konferenz

fand im August 1995 in Maastricht statt. Ausgehend von den Niederlanden und Großbritannien entstand eine Bewegung von stimmenhörenden Menschen und professionellen Helfern, mit dem Ziel eine alternative Sichtweise zum Stimmenhören zu erforschen und zu verbreiten. Die Stimmenhörerbewegung weitete sich auf viele Länder aus. Es kam zu einer Vernetzung zahlreicher Selbsthilfegruppen (vgl. Baker 2005, S.12ff).

In Österreich entstand 1992 „Intervoice Oberösterreich – Netzwerk Stimmenhören“, eine Gruppe von Betroffenen und Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Vereins „Exit-sozial“. Das Anliegen des Netzwerks ist eine gleichberechtigte und partnerschaftliche Zusammenarbeit von stimmenhörenden Menschen, Angehörigen und Personen die in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Praxis und Forschung tätig sind zu fördern (vgl. Intervoice Oberösterreich, [www.stimmenhoeren.net](http://www.stimmenhoeren.net)).

1997 wurde in Maastricht ein Treffen von Betroffenen und professionell Helfenden gehalten, um die Entwicklung weiterer Aktionen und zukünftiger Forschung zum Thema Stimmenhören zu diskutieren. Die Sitzung beschloss eine formale Organisationsstruktur zu schaffen, um administrative und koordinierende Unterstützung für die Vielzahl von Initiativen in den verschiedenen Ländern anzubieten. Das Internationale Netzwerk Intervoice (The International Network for Training, Education and Research into Hearing Voices) wurde somit ins Leben gerufen. Intervoice organisiert seither jährliche Sitzungen, fördert den Austausch und Besuch zwischen den Mitgliedsländern und die Übersetzung und Veröffentlichung von Büchern und anderer Literatur zum Thema Stimmenhören. Präsident von Intervoice ist Professor Marius Romme und das Hauptziel der Organisation ist, das Leben von stimmenhörenden Menschen zu verbessern. Das Netzwerk fördert sowohl die Selbstbestimmung von Betroffenen, als auch die Entwicklung optimaler Verfahren in der Arbeit mit den Menschen, die belastende Stimmen hören (Intervoice 2012, [www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org)).



## 7 Konsequenzen für sozialarbeiterisches Handeln

In meinem Praktikum in einem Wohnhaus für Menschen mit psycho-sozialen Problemen, ist es mir selbst so ergangen, dass ich bei der Konfrontation mit dem Phänomen Stimmenhören nicht wusste, wie ich reagieren sollte. Die Tabuisierung und Stigmatisierung dieses Themas in der Öffentlichkeit wirkt sich auch auf Menschen in helfenden Berufen aus. Es herrscht diesbezüglich viel Unsicherheit in sozialen Einrichtungen. Sogar wenn das Gefühl da ist, es sollte über die Erfahrungen der Betroffenen gesprochen werden, sind viele Helfende verunsichert, weil die Ansicht, dass mit Gesprächen über das Stimmenhören negative Effekte erzielt werden, immer noch vorherrscht. Marius Romme und Sandra Escher haben mit ihren Forschungen und Arbeiten einen erheblichen Beitrag dafür geleistet dem näher zu kommen, was stimmenhörende Menschen wirklich brauchen. Sie belegen mit ihren Untersuchungen, dass es hilfreicher ist offen über die Erfahrungen zu sprechen, sie als real anzuerkennen und die eigene Unsicherheit abzulegen. Wenn Menschen offen dazu stehen können, dass sie Stimmen hören, können sie wählen, wie sie auf die Stimmen reagieren. Sie können dann mächtiger und unabhängiger werden, weil sie nicht mehr in der Vorstellung gefangen sind, krank und handlungsunfähig zu sein (vgl. Romme/Escher 2008, S.16).

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen müssen ihr berufliches Handeln gegenüber Betroffenen und dem Umfeld begründen und verantworten können. Das Umfeld umfasst sowohl die Auftraggeber als auch die Gesellschaft im Ganzen. Handelnde in der sozialen Arbeit sind angehalten, ihre Wissens- und Handlungskompetenzen fortwährend weiterzuentwickeln (vgl. IFSW<sup>6</sup> 2006, [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) und OBDS<sup>7</sup> 2004, [www.sozialarbeit.at](http://www.sozialarbeit.at)). Professionell Handelnde sollen in ihrer Arbeit den neuesten Stand von wissenschaftlichen Erkenntnissen berücksichtigen. Im Umgang mit stimmenhörenden Menschen bedeutet das, sich mit den verschiedenen

---

<sup>6</sup> IFSW = International Federation of Social Workers

<sup>7</sup> OBDS = Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen

Erklärungsmodellen auseinander zu setzen und eine Handlungsstrategie zu entwickeln, die den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die aktuelle Forschung zum Thema Stimmenhören und trägt somit dazu bei, eine theoretische Basis für diese Handlungsstrategie bereit zu stellen.

Ein Handlungsprinzip der sozialen Arbeit ist die Förderung von größtmöglicher Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie das Respektieren von Entscheidungsfreiheit (vgl. IFSW 2006, [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) und OBDS 2004, [www.sozialarbeit.at](http://www.sozialarbeit.at)). Jedes Handeln muss darauf ausgerichtet sein die Unabhängigkeit und Autonomie der Betroffenen wieder herzustellen. Das Ziel sozialer Arbeit muss also sein, stimmenhörende Personen zu befähigen, sich mit ihren Stimmen auseinander zu setzen, damit sie einen Weg finden, gut mit ihnen leben zu können. Im Einzelfall ist herauszufinden, warum die Person nicht im Stande ist, mit dem Stimmenhören umzugehen, und warum sie dabei der Hilfe bedarf. Es könnte sich um eine Reaktion auf eine schreckliche Erfahrung mit für die Person sehr komplexen Konsequenzen handeln. Die Hilfe sollte nicht auf das Beheben von Symptomen reduziert werden, sondern sie sollte Ursachen aufdecken und die Problemlösungskompetenzen der Betroffenen erweitern (vgl. Romme 2005, S.19).

Das efc Institut bietet Fortbildungen zur Anwendung des Arbeitsbuches "Stimmenhören verstehen und bewältigen" von Coleman & Smith, zur Anwendung des "Maastrichter Interviews", zur Erstellung eines Stimmenberichtes und zur Formulierung und Anwendung eines Konstrukts, basierend auf dem Buch von Romme und Escher "Stimmenhören verstehen - Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern". Dabei empfiehlt das Institut, dass die professionell tätige Person gemeinsam mit einer stimmenhörenden Person teilnimmt. Dies bietet sicher eine gute Möglichkeit Betroffene zu unterstützen und sich selbst weiterzubilden (efc Institut, [www.efc-institut.de](http://www.efc-institut.de)).

Für stimmenhörende Menschen mit psycho-sozialen Problemen sind funktionierende verlässliche Beziehungen sehr wichtig, um einen gelingenden Umgang mit den Stimmen und damit mehr Selbständigkeit und Autonomie zu entwickeln. Die helfende Person muss mit aufrichtigem Interesse und aufrichtiger Sorge zuhören können. Die Beziehung soll auf Gleichberechtigung basieren. Gail Hornstein hat 4 zentrale Faktoren für das Gelingen von Genesung festgestellt. Im wesentlichen hilft Betroffenen wenn ihnen zugehört und geglaubt wird, wenn sie empathische Zeugen/Zeuginnen für ihre Geschichte des Leides finden und wenn sie zumindest eine Person in ihrem Umfeld haben, die ihnen zutraut ihr Schicksal zu meistern (vgl. Lang/Weiterschan 2011, [www.stimmenhoeren.net](http://www.stimmenhoeren.net)). Viele Klienten und Klientinnen der sozialen Arbeit haben keine oder nur wenige Sozialkontakte. Helfende Personen sollten dies nicht vergessen und Betroffenen helfen soziale Netzwerke aufzubauen. Auch wichtig ist, dass Betreuer und Betreuerinnen eine wertschätzende Beziehung anbieten, um frühere Beziehungserfahrungen zu korrigieren.

Eine Stimmenhörerin berichtet, dass der Wendepunkt in ihrem Leben jener war, als sie erstmals einen Menschen fand, der bereit war ihr zuzuhören. Es handelte sich um eine Krankenschwester, die ihr das Gefühl gab willkommen zu sein. Sie sorgte dafür, dass sie ungestört waren (indem sie zum Beispiel das Telefon abschaltete) und setzte sich neben die Betroffene und nicht hinter einen Schreibtisch. Weiters hat ihr die Krankenschwester die Verschwiegenheit zugesichert, von den Ausnahmen abgesehen, in welche die Patientin einwilligt. Diese Beratungsbeziehung ermöglichte es ihr aus der Opferrolle auszubrechen, ihre Erfahrungen in Besitz zu nehmen und die Stimmen als Teil von sich selbst zu erkennen. Sie schafften es gemeinsam eine Basisstrategie für den Umgang mit den Stimmen zu entwickeln. Für die Hörerin war die Aufrichtigkeit der Krankenschwester in Hinsicht auf ihre Motive und in ihren Reaktionen auf das Erzählte das Wichtigste (vgl. Romme 1997, S.235f).

Ron Coleman, ein in der Stimmenhörerbewegung bekannter Stimmenhörer, beschreibt, dass helfende Personen ihn bei Problemen mit seinen Stimmen oftmals nur ablenken wollten, um die Stimmen nicht zu verstärken. Was ihm aber wirklich geholfen hat, war über seine Stimmen zu sprechen. Niemand könne sich von den Stimmen erholen, wenn er/sie keine Kontrolle über das eigene Leben hat. Er fordert, das Ziel von professionell Helfenden müsste es sein, sich überflüssig zu machen. Auch die stimmenhörenden Menschen haben eine Verantwortung in ihrem Heilungsprozess. Sie müssen sich aus der Opferrolle befreien und lernen, Macht und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Coleman ist es gelungen, seine Stimmen erfolgreich in sein Leben zu integrieren. Er bemüht sich nun um eine offenere Sichtweise über das Stimmenhören in der Öffentlichkeit (Coleman 1998, [www.stimmenhoeren.de](http://www.stimmenhoeren.de)).

Sozialarbeit hat den Auftrag soziale Missstände zu beseitigen, sich für die Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben, sowie für soziale Gerechtigkeit einzusetzen und Betroffene darin zu bestärken sich an sozialpolitischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen (vgl. IFSW 2006, [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org) und OBDS 2004, [www.sozialarbeit.at](http://www.sozialarbeit.at)). So ist es auch Aufgabe über das Stimmenhören aufzuklären, der Stigmatisierung und Tabuisierung entgegen zu wirken und sich für eine Verbesserung in der psychiatrischen Versorgungslandschaft einzusetzen.

## 8 Resümee

Ziel der Arbeit ist folgende Forschungsfragen zu beantworten: Ist Stimmenhören ausschließlich ein Symptom psychischer Erkrankung? Welche Erklärungen und Ursachen gibt es für das Phänomen? Was ist hilfreich für Betroffene? Welche Konsequenzen ergeben sich für sozialarbeiterisches Handeln im Umgang mit stimmenhörenden Menschen?

### Ist Stimmenhören ausschließlich ein Symptom psychischer Erkrankung?

Studien (Tien 1991, Eaton et al. 1991, van Os et al. 2001) zeigen, dass rund 2-6% der Bevölkerung zumindest einmal im Leben die Erfahrung des Stimmenhörens machen. Davon kommen etwa 55-75% nie in Kontakt mit der Psychiatrie und finden einen guten Umgang mit den Stimmen. Personen, die Hilfe aufsuchen tun dies, weil sie mit der Situation überfordert sind. Es gibt die Theorie, dass Stimmenhören als Bewältigung von traumatischen Erfahrungen fungiert. Stimmenhören kann als Symptom für ein tieferliegendes Problem aber auch als Ursache für Probleme gesehen werden. Durch die primäre Reaktion des Stimmenhörens und der Unfähigkeit damit umzugehen, kommt es zu sekundären Reaktionen, welche dem Bild einer schizophrenen Psychose oder anderen psychotischen Bildern entsprechen können (vgl. Romme 2005, S.14f).

### Welche Erklärungen und Ursachen gibt es für das Phänomen?

Die Erfahrungen des Stimmenhörens sind sehr verschieden, und es ist nicht korrekt sie zu verallgemeinern, so als seien alle Beispiele gleich. (vgl. Romme 2007, S.88). Es gibt viele verschiedene Erklärungsmodelle und alle haben ihre Berechtigung, *denn jede Erklärung, die dabei hilft, mit den Stimmen umzugehen, ist besser als keine (Klafki, 2005, S. 50).*

Psychiatrische Erklärungen orientieren sich an Krankheitsbildern wie etwa den Diagnosen Dissoziationsstörung, Psychose und Schizophrenie. Therapeutische Erklärungen hingegen legen sich weniger auf die Diagnose fest, sondern suchen nach der Funktion der Stimmen. Interventionen werden aufgrund dieser Funktion ausgewählt. Betroffene selbst erklären sich das

Phänomen häufig als spirituelles, religiöses oder paranormales Ereignis. Sie sehen die Ursache des Stimmenhörens eher außerhalb ihrer Person, da dies mehr ihrem Erleben entspricht (z.B. sagen Stimmen Sachen, von denen Betroffene meinen unmöglich wissen zu können).

Aber egal welche Erklärung herangezogen wird, wesentlich ist, dass der Umgang mit den Stimmen erlernt werden muss, um ein selbständiges, gelingendes Leben führen zu können.

### Was ist hilfreich für Betroffene?

Als besonders hilfreich haben sich in der Stimmenhörbewegung die Erfahrungsfokussierte Beratung nach Romme und Escher und der Besuch von Selbsthilfegruppen erwiesen. Der Austausch in Gruppen, mit Personen die ähnliche Erfahrungen haben, trägt zur Entmystifizierung der Stimmen, zu einem Aufbau einer Beziehung zur Stimme bzw. den Stimmen und dem Erkennen der Stimmen als Teil des normalen Lebens bei. Der Erfahrungsaustausch hilft dabei Bewältigungsstrategien für ein Leben mit den Stimmen zu finden (Intervoice 2012, [www.intervoiceonline.org](http://www.intervoiceonline.org)). Die Erfahrungsfokussierte Beratung ist ein Instrumentarium das dazu dient, systematisch die Beziehung zwischen den Stimmen und der Lebensgeschichte der Betroffenen zu analysieren und der Bedeutung der Stimmen auf die Spur zu kommen. Mittels Interview, Bericht und Konstrukt arbeiten in der erfahrungsfokussierten Beratung Betroffene und beratende Personen gemeinsam an einem besseren Umgang mit den Erfahrungen des Stimmenhörens und daran, sich den dahinterliegenden Problemen zu stellen (vgl. Romme/Escher 2008, S.11ff). Das Ziel ist die Wiederherstellung der Lebensqualität der Betroffenen, indem soziale Autonomie, Identität und Selbstständigkeit zurück erlangt werden.

### Welche Konsequenzen ergeben sich für sozialarbeiterisches Handeln im Umgang mit stimmenhörenden Menschen?

Was stimmenhörende Menschen wirklich brauchen sind Personen, mit denen sie offen über die Erfahrungen sprechen können. Menschen, die ihre Erfahrungen als real anerkennen. Wenn Menschen offen dazu stehen können, dass sie Stimmen hören, können sie wählen, wie sie auf die Stimmen reagieren. Sie können dann mächtiger und unabhängiger werden, weil sie nicht mehr in der Vorstellung gefangen sind, krank und handlungsunfähig zu sein (vgl. Romme/Escher 2008, S.16). Professionell Handelnde sollen also eine vertrauensvolle Beziehung anbieten, in welcher über die Erlebnisse gesprochen werden kann, ohne das Gefühl von Stigmatisierung und Tabu. Das Ziel sozialer Arbeit muss sein, stimmenhörende Personen zu befähigen, sich mit ihren Stimmen auseinander zu setzen, damit sie einen Weg finden, gut mit ihnen leben zu können. Es besteht die Möglichkeit gemeinsam mit Betroffenen eine Fortbildung am efc Institut zu besuchen. Einerseits lernen stimmenhörende Menschen dort mit ihren Stimmen umzugehen und wieder zu beginnen ein selbstbestimmtes Leben zu führen, andererseits können professionelle Helfende lernen das Maastrichter Interview samt Bericht und Konstrukt, nach der Methode der erfahrungsfokussierten Beratung in der Praxis anzuwenden. Das Ziel von sozialer Arbeit sollte sein, sich selbst überflüssig zu machen, also die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klienten und Klientinnen zu fördern. Um so weit zu kommen, müssen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen den Betroffenen aufrichtig zuhören, ihnen Glauben schenken, das Leid empathisch mitempfinden und anerkennen und den Betroffenen zutrauen, dass sie ihr Schicksal meistern können. Das sind nach einer Analyse von Gail Hornstein die zentralen Faktoren für das Gelingen von Genesung (vgl. Lang/Weiterschan 2011, [www.stimmenhoeren.net](http://www.stimmenhoeren.net)).

Dafür sind das individuelle Hinterfragen von Vorurteilen, das Ansprechen und Aufdecken von Tabus und die Suche nach sachlichen Informationen hinsichtlich des Phänomens des Stimmenhörens grundlegend. Nur durch ein aufgeklärtes Verständnis des Phänomens Stimmenhören können

Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen wirklich offen für und neugierig auf ihre stimmenhörenden Klienten und Klientinnen sein und so auch qualitativ hochwertige Arbeit leisten. Die vorliegende Arbeit kann somit als Unterstützung zur Entwicklung einer reflektierten, persönlichen Haltung zum Thema Stimmenhören angesehen werden.

Die Recherche zu dem Thema Stimmenhören war nicht einfach. Im Zuge der Arbeit stellte sich heraus, dass es zu dem Thema sehr wenig Literatur und wenig wissenschaftliche Forschungen gibt. Viele der Autoren und Autorinnen nehmen gegenseitig aufeinander Bezug, und Studien zum Stimmenhören werden wiederholt erwähnt. Die meiste Forschung und Literatur zum Thema basiert auf einigen wenigen Autoren. Weitere Forschung zu dem Phänomen Stimmenhören wäre sehr wünschenswert.



## Literaturverzeichnis

### Bücher:

Baker, Paul (2005): Die innere Stimme. Ein praktischer Ratgeber für Stimmenhörer, 5. Auflage, Netzwerk Stimmenhören e.V., Berlin.

Bentall, Richard (1997): Kognitive Modelle, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.174-180.

Bentall, Richard/Haddock, Gill (1997): Fokussieren, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.218-220.

Bock, Thomas (2005): Stimmrecht der Seele? Stimmenhören in einem anthropologischen Psychosekonzept, in: Katschnig, Heinz/Amering, Michaela (Hg.): Stimmenhören. Medizinische, psychologische, anthropologische Aspekte, Facultas, Wien, S.22-33.

Bock, Thomas/Buck, Dorothea/Esterer, Ingeborg (2007): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn, Balance, Bonn.

Bosga, Douwe (1997): Parapsychologie und Stimmenhören, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.108-114.

Elfferich, Ingrid (1997): Eine metaphysische Perspektive, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.100-108.

Emrich, Hinderk M./Dillo, Wolfgang (2005): Was tut sich bei Halluzinationen im Gehirn? Zur Konstruktion subjektiver Wahrnehmung, in: Katschnig, Heinz/Amering, Michaela (Hg.): Stimmenhören. Medizinische, psychologische, anthropologische Aspekte, Facultas, Wien, S. 54-71.

Gegenfurtner, Karl R. (2011): Gehirn und Wahrnehmung. Eine Einführung, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main.

Helsdingen van, Rene J. (1997): Carl G. Jung über extrasensorische Wahrnehmung, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 196-200.

Katschnig, Heinz (2005): Stimmenhören in der Psychiatrie, in: Katschnig, Heinz/Amering, Michaela (Hg.): Stimmenhören. Medizinische, psychologische, anthropologische Aspekte, Facultas, Wien, S.9-13.

Kingdon, David G./Turkington, Douglas (2005): Cognitive Therapy of Schizophrenia, Guilford Press, New York.

Klosa, Annette/Scholze-Stubenrecht, Werner/Wermke, Matthias (1997): Halluzination, in: Duden. Das Herkunftswörterbuch, 2. Auflage, Dudenverlag, Mannheim – Leipzig – Wien – Zürich.

Laarkoven van, Jan (1997): Funktionelle Analyse, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 157-168.

Marrelo van, Aad/Stap van der, Ton (1997): Stimmen, Religion und Mystizismus, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.96-100.

Nelson, Hazel E. (2011): Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen. Ein Therapieleitfaden, Schattauer, Stuttgart.

Roggendorf, Gisela/Rief, Katja (2006): Schizophrenie. Ein Denkausbruch mit Folgen, Roggendorf, Leck.

Romme, Marius (2005): Stimmenhören: Was ist normal, was ist krank, in: Katschnig, Heinz/Amering, Michaela (Hg.): Stimmenhören. Medizinische, psychologische, anthropologische Aspekte, Facultas, Wien, S. 14-21.

Romme, Marius (1997): Rehabilitation, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.234-242.

Romme, Marius (1997): Nicht-psychiatrische Perspektiven. Einführung, in: Romme, Marius/Escher, Sandra (Hg.): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn, S.88-89.

Romme, Marius/Escher, Sandra (2008): Stimmenhören verstehen. Der Leitfaden zur Arbeit mit Stimmenhörern, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Romme, Marius/Escher, Sandra (1997): Stimmenhören akzeptieren, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Schneider, Frank (2012): Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie, Springer, Berlin - Heidelberg.

Vauth, Roland/Stieglitz, Rolf-Dieter (2007): Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn, Hogrefe-Verlag, Göttingen.

Walter, Henrik (2004): Funktionelle Bildgebung in Psychiatrie und Psychotherapie. Methodische Grundlagen und klinische Anwendungen, Schattauer, Stuttgart.

Yusupoff, Lawrence/Tarrier, Nicholas (1996): Coping Strategy Enhancement for persistent hallucinations and delusions, in: Haddock, Gillian/Slade, Peter D. (Hg.): Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders, Routledge, New York, S.86-102.

#### Zeitschriften

Eaton, W./Romanosky, A./Anthony, J.C. et al. (1991): Screening for psychosis in the general population with a self report interview, in: Journal of Nervous and Mental Disease 179, S.689-693.

Klafki, Hannelore (2005). Die Befreiung aus dem Opfer-Teufelskreis. Brückenschlag, in: Zeitschrift für Sozialpsychiatrie Literatur Kunst 21, S. 47-52.

Os van, J./Hanssen, M./Bijl, R.V. et al. (2001): Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. An urban rural comparison, in: Archives of General Psychiatry 58, S.663-668.

Tien, A.Y. (1991): Distributions of hallucinations in the population, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 26, S.287-292.

#### Internet:

Coleman, Ron (1998): Vom Opfer zum Sieger, URL: <<http://www.stimmenhoeren.de/journale/journal9801.htm#Vom>> (Stand: 14.2.12).

Efc Institut (o.J.): efc Fortbildungen, URL: <[http://www.efc-institut.de/index.php?article\\_id=21&clang=0](http://www.efc-institut.de/index.php?article_id=21&clang=0)> (Stand: 18.2.12).

IFSW (2006): Berufskodex der Professionellen Sozialen Arbeit, URL: <[http://www.ifsw.org/cm\\_data/Berufskodex\\_A4\\_d\\_1.pdf](http://www.ifsw.org/cm_data/Berufskodex_A4_d_1.pdf)> (Stand: 17.2.12).

Intervoice Österreich (o.J.): Home, URL: <[www.stimmenhoeren.net](http://www.stimmenhoeren.net)> (Stand: 10.2.12).

Intervoice (2012): About Intervoice, URL: <[www.intervoiceonline.org/about-intervoice](http://www.intervoiceonline.org/about-intervoice)> (Stand: 10.2.12).

Intervoice (2012): Aims of Hearing Voices Groups, URL: <<http://www.intervoiceonline.org/support-recovery/hearing-voices-groups>> (Stand: 10.2.2012).

Irre menschlich Hamburg e.V. (2002-2012): Willkommen, URL: <<http://www.irremenschlich.de/>> (Stand: 10.2.12).

Landsiedel, Stephan (o.J.): Wahrnehmungsfiler, URL: <<http://www.nlp-insider.com/nlp-e-mail-training/texte/wahrnehmungsfiler.html>> (Stand: 3.2.12).

Lang, Christian/ Weiterschan, Marlene (2011): 3<sup>rd</sup> International Congress on Hearing Voices. Living with Voices: Paths to Recovery, URL: <[http://www.stimmenhoeren.net/bericht\\_3wk\\_it\\_2011.htm](http://www.stimmenhoeren.net/bericht_3wk_it_2011.htm)> (Stand: 14.2.12).

OBDS (2004): Ethische Standards – Berufspflichten für SozialarbeiterInnen, URL: <<http://www.sozialarbeit.at/images/MEDIA/documents/ethik-berufspflichten-obds.pdf>> (Stand: 17.2.12).

Stallmach, Lena (2008): Das Tor zur Realität im Gehirn, URL: <[www.nzz.ch/.../das\\_tor\\_zur\\_realitaet\\_im\\_gehirn\\_1.1108331.html](http://www.nzz.ch/.../das_tor_zur_realitaet_im_gehirn_1.1108331.html)> (Stand: 3.2.12).

Selbsthilfegruppe Schwerin: Flyer der Selbsthilfegruppe, URL: <[http://www.stimmenhoeren.de/download/Flyer\\_SHG\\_Schwerin.pdf](http://www.stimmenhoeren.de/download/Flyer_SHG_Schwerin.pdf)> (Stand: 11.2.12).

## **Abbildungsverzeichnis**

Pustelnik, Thomas (2000), URL:

<<http://www.topster.de/sinnestaeuschungen/b/17.gif>> (Stand: 3.2.12).